Tweede Kamer der Staten-Generaal 2

Vergaderjaar 2014–2015

29 477 **Geneesmiddelenbeleid**

Nr. 331 **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 29 juni 2015

Op 17 juni 2015 heeft uw Kamer besloten een algemeen overleg geneesmiddelenbeleid in te plannen op 2 juli 2015. Met het oog op dit algemeen overleg heeft Uw Kamer mij gevraagd om:
– een reactie op het bericht «Kankerpatiënten krijgen dure medicijnen vaak niet» (NOS.nl 16 juni 2015),
– spoedige toezending van het rapport van de NZa inzake de betalingsproblematiek dure (oncologische) geneesmiddelen, vergezeld van een beleidsstandpunt,
– te melden wanneer u de resultaten van de werkgroep dure geneesmiddelen, vergezeld van een beleidsstandpunt, tegemoet kan zien (Uw brief van 17 juni 2015),
– een reactie met betrekking tot de visie geneesmiddelenbeleid in Europees perspectief en stand van zaken m.b.t. uitvoering moties Van Gerven (29 477, nr. 320) Otwin van Dijk/Bruins Slot (Kamerstuk 29 477, nr. 322) (Uw brief van 19 juni 2015),
– de uitkomsten van het onderzoek naar de mogelijkheden om de apothekerszorg van het eigen risico uit te sluiten (motie Voortman, Kamerstuk 29 477, nr. 303) en naar de stand van zaken met betrekking tot medicatiebeoordeling voor 60-plussers (Uw brief van 19 juni 2015).

In deze brief ga ik in op bovenstaande punten. Daarnaast rapporteer ik u in deze brief over (de stand van zaken omtrent) enkele andere toezeggingen.

Dure geneesmiddelen

Vanuit het veld heb ik diverse signalen gekregen dat zich problemen voordoen ten aanzien van de betaalbaarheid en toegankelijkheid van dure geneesmiddelen. Om meer zicht te krijgen op in hoeverre deze problemen zich in de praktijk voordoen, wat mogelijke oorzaken zijn en waar mogelijke oplossingen liggen heb ik onderzoek uitgezet bij KWF en NZa. Zodra ik de rapporten ontvang stuur ik ze u per ommegaande toe. Aangezien beide rapporten vlak voor of op de datum van het algemeen

kst-29477-331
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2015

overleg geneesmiddelenbeleid op 2 juli 2015 worden uitgebracht, zijn deze niet vergezeld van een beleidsstandpunt. Tijdens het algemeen overleg geneesmiddelenbeleid op 2 juli 2015 wissel ik graag met u van gedachten over de resultaten van de onderzoeken.

Visie geneesmiddelenbeleid en samenwerking in Europa

Zoals aangekondigd in het algemeen overleg geneesmiddelenbeleid op 25 maart 2015, ben ik voornemens u dit najaar een integrale visie toe te sturen op innovatie, markttoelating en bekostiging van geneesmiddelen. De conclusies van de rapporten van onder meer de NZa en KWF over dure geneesmiddelen zullen belangrijke input vormen voor deze op te stellen visie. Daarnaast ben ik op dit moment in gesprek met diverse betrokken partijen over deze op te stellen visie geneesmiddelenbeleid. De uitkomsten van deze gesprekken neem ik mee in deze visie, waarbij ik onderscheid zal maken tussen maatregelen die nationaal dan wel op EU-terrein moeten worden ingezet.

In voorbereiding op het Nederlandse EU-voorzitterschap in de eerste helft van 2016, overleg ik op dit moment met andere inkomende EU-voorzitters of ook op EU-niveau een lange termijnagenda rond beschikbaarheid en betaalbaarheid van geneesmiddelen mogelijk is. Deze agenda heeft een directe relatie met de Nederlandse visie op geneesmiddelen.

Samen met mijn Belgische collega heb ik onlangs afgesproken om te onderzoeken hoe samengewerkt kan worden rond financiële afspraken voor dure en weesgeneesmiddelen. Hoe dit vorm kan krijgen wordt op dit moment onderzocht. Naast het onderling uitwisselen van relevante informatie en het samenwerken rond Health Technology Assessment als basis voor pakketbeoordelingen, wordt vooral bekeken hoe samenwerking rond prijzen van geneesmiddelen vorm kan krijgen. Een eerste pilot waarbij samen gewerkt wordt rond de prijs van een geneesmiddel vindt mogelijk al eind 2015 plaats. Ik zal de Tweede Kamer dit najaar informeren over de stand van zaken op het terrein van deze samenwerking.

Beoordeling welke zorg in basispakket

Ten aanzien van de stand van zaken over de uitvoering van de motie Van Gerven (Kamerstuk 29 477, nr. 320) en de motie Otwin van Dijk/Bruin Slot (Kamerstuk 29 477, nr. 322) kan ik uw Kamer het volgende meedelen.

Het beoordelen door zorgverzekeraars welke zorg tot het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw) behoort, speelt niet uitsluitend bij bereide medicijnen maar ook bij andere behandelingen en zorginterventies. Zoals ik bij het VAO Geneesmiddelenbeleid op 29 april 2015 heb uitgesproken is de zorgverzekeraar in eerste instantie aan zet om dit te beoordelen in het kader van rechtmatigheid (Handelingen II 2014/15, nr. 82, item 14). Uitgangspunt van de Zvw is dat de inhoud en omvang van het basispakket voor iedere verzekerde gelijk is. Om die reden beoordeelden de zorgverzekeraars tot eind vorig jaar veelal gezamenlijk welke zorginterventies tot het verzekerde pakket van de Zvw behoren. Vanwege mogelijke risico's op het gebied van de mededinging zijn zorgverzekeraars daarmee gestopt. Onlangs heeft de Autoriteit Consument en Markt (ACM) aangegeven dat het collectief beoordelen van het Zvw-pakket door zorgverzekeraars mededingingsrisico's met zich mee kan brengen. Ik ben die mening niet toegedaan, het gaat immers over de uitvoering van een door de politiek vastgesteld basispakket, die de zorgverzekeraars rechtmatig moeten uitvoeren.

Ik ben met Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Zorginstituut Nederland en de ACM in overleg over een mogelijk oplossing hiervoor. Zo'n oplossing moet er toe leiden dat er geen verschillen tussen zorgverzekeraars ontstaan wat betreft de inhoud van het verzekerde pakket. Daarnaast zijn uitgangspunten dat de bestaande taakverdeling tussen zorgverzekeraars en het Zorginstituut in stand blijft. Ik zal uw Kamer zo spoedig mogelijk informeren over de uitkomsten van dit overleg en daarbij dan ook nader ingaan wat deze uitkomsten betekenen voor de uitvoering van de twee hiervoor genoemde moties.

Bestuurlijk overleg farmacie en medicatiebeoordeling

In het Bestuurlijk Overleg Farmacie heb ik met partijen afspraken gemaakt over de farmaceutische zorg (Kamerstuk 29 477, nr. 284). De leden van de Tweede Kamer hebben mij gevraagd om periodiek de stand van zaken weer te geven rondom de nog niet afgeronde agendapunten. Dit zijn medicatieoverdracht, therapietrouw en medicatiebeoordeling.

Medicatieoverdracht

Inmiddels is de «Nadere toelichting op de richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten» afgerond. Het gaat hierbij om de medicatieoverdracht in de gehele keten. Dit is door 22 partijen onderschreven en partijen gaan hier in de uitvoering mee aan de slag. Ook zijn partijen gestart met een totale herziening van de Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten. De verwachting is dat de herziening in 2016 gereed zal zijn. Tevens wordt aan een «standaardtaal» gewerkt met betrekking tot het elektronisch uitwisselen van gegevens tussen zorgverleners.

Therapietrouw

Of een patiënt therapietrouw is of niet, is afhankelijk van vele factoren. De factoren liggen deels binnen de invloedssfeer van de zorgverlening, maar ook daarbuiten. De doelstelling om Nederland meer therapietrouw te maken kan op brede ondersteuning rekenen. Het is algemeen geaccepteerd dat een verbetering van de therapietrouw tot kwaliteit en doelmatigheidswinst kan leiden. Het is van belang dat op het terrein van therapietrouw betekenisvolle stappen worden gezet. Op patiëntniveau is de vierhoek voorschrijver, apotheker, (wijk-)verpleegkundige en patiënt belangrijk om de voorwaarden te scheppen voor een patiënt om therapietrouw te kunnen zijn. Hiermee wordt focus aangebracht op het terrein van goed en trouw geneesmiddelengebruik. Uit onderzoek blijkt dat daar substantieel verbeterpotentieel ligt. Nieuwe technologie waar wordt gevisualiseerd met filmpjes en animaties kan hierbij van grote waarde zijn.
Wij verkennen of het haalbaar is dat met een gemeenschappelijke agenda concrete verbeterstappen worden gezet. Ik verwacht deze verkenning in het najaar te kunnen bespreken in het Bestuurlijk Overleg Eerstelijn.

Medicatiebeoordeling

Ik vind het van groot belang dat patiënten goede verantwoorde zorg ontvangen en geen onnodig risico op schade lopen. De uitvoering van een periodieke medicatiebeoordeling kan de medicatieveiligheid, therapietrouw en daarmee de gezondheid en kwaliteit van leven van een patiënt verbeteren. In de richtlijn «Polyfarmacie bij ouderen» zijn criteria opgenomen die aangeven welke patiënten in aanmerking komen voor een medicatiebeoordeling. Dit betreft patiënten van 65 jaar en ouder die chronisch vijf of meer geneesmiddelen gebruiken en waarbij een of meer

risicofactoren optreden zoals omschreven in de richtlijn. Mevrouw Voortman heeft mij in haar brief van 19 juni 2015 verzocht om inzicht te geven in de stand van zaken met betrekking tot medicatiebeoordelingen bij 60-plussers. De richtlijn heeft het over 65-plussers en daar zijn de acties van het veld ook op gericht. Ik heb geen specifieke informatie over de groep 60–65 jaar.
De richtlijn leidt tot een groep van ruim 755.000 patiënten die in aanmerking komen voor een medicatiebeoordeling in de eerste lijn. De KNMP en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) hebben aangegeven dat het op dit moment praktisch onmogelijk is om deze hele groep een medicatiebeoordeling aan te bieden. Het is belangrijk uit deze groep die patiënten te selecteren die het meeste baat hebben bij een medicatiebeoordeling en met deze groep te starten, om dit vervolgens uit te bouwen naar de hele groep.

Ik vertrouw er op dat, met de afspraken die veldpartijen gezamenlijk hebben gemaakt en met het herziene toezicht van de IGZ op de kwaliteit van de medicatiebeoordelingen en ook op het aantal dat wordt uitgevoerd bij patiënten die het echt nodig hebben, medicatiebeoordelingen de komende tijd zullen verbeteren.

Programma Goed Gebruik Geneesmiddelen

Ik heb u toegezegd om op gezette tijden over de voortgang van het ZonMw programma Goed Gebruik Geneesmiddelen (GGG) te informeren. Dit programma is een continu programma bij ZonMw. Ik heb ZonMw gevraagd om in 2016 de eerste resultaten van de onderzoeken die zij uitgezet hebben in het kader van GGG te beschrijven en in 2017, dit is vijf jaar na de officiële start van het programma, een evaluatie uit te voeren. Ik zal u dan ook in 2016 de eerste resultaten vanuit het onderzoek toesturen en ik verwacht eind 2017 u de eerste echte evaluatie van het programma GGG toe te sturen.

Vervalsingen

Door partijen wordt voortvarend gewerkt aan de uitwerking van een plan van aanpak om de meldingen rond vervalste geneesmiddelen beter te stroomlijnen. Dit is nodig om signalen eerder op te pakken en een beter totaaloverzicht te krijgen van de problematiek. Zoals eerder aan u gemeld, verwacht ik dat dit plan in het najaar gereed is en ik zal dan de Kamer nader informeren.

Scheiding intra- en extramurale geneesmiddelenvoorziening

Tijdens het algemeen overleg geneesmiddelenbeleid van 6 juni 2013 heb ik naar aanleiding van het verzoek van mevrouw Klever toegezegd om te onderzoeken of de scheiding tussen de intra- en extramurale geneesmiddelenvoorziening in de aanspraak en bekostiging kan worden opgeheven. Aangezien dit het hele stelsel van aanspraak, bekostiging en financiering van geneesmiddelen raakt neem ik dit mee in mijn visie geneesmiddelenbeleid die ik u voor het najaar heb toegezegd.

Geneesmiddelenketen

In mijn brief van 20 maart 2015 (Kamerstuk 29 477, nr. 315) heb ik toegezegd om u voor het zomerreces te informeren over de voortgang rond een drietal zaken die onder regie van VWS door de ketenpartijen moeten worden opgepakt naar aanleiding van het onderzoek naar de geneesmiddelenketen.

In mijn reactie op het rapport van Significant over de geneesmiddelen-keten van 24 april 2014 (Kamerstuk 29 477, nr. 285) gaf ik aan dat het aan het Ministerie van VWS is om de Nederlandse inbreng op het terrein van de geneesmiddelenregelgeving te coördineren en om een overkoepelende visie te ontwikkelen op Europese ontwikkelingen ten aan zien van het geneesmiddelenbeleid. De overkoepelende visie is onderdeel van de visie Geneesmiddelenbeleid in Europees perspectief die ik u dit najaar toestuur. De coördinatie van de Nederlandse inbreng op het terrein van geneesmid-delenregelgeving vindt plaats door agendering van Europese regelgeving-trajecten in diverse overleggen die de ambtenaren van VWS regelmatig hebben met de partners in de geneesmiddelenketen. Daarnaast wordt de Nederlandse inbreng in overleggen in Brussel vooraf afgestemd en wordt zo nodig tijdens de vergadering gebruik gemaakt van de expertise van de ketenpartners.

Over de toepassingsfase van medische producten schreef ik in mijn brief van 24 april 2014 dat het met name de taak van het College ter Beoor-deling van Geneesmiddelen, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en het bijwerkingencentrum Lareb is om gecoördineerd samen te werken om de toepassingspraktijk zoveel mogelijk te laten aansluiten op het gebruik zoals dat bij de toelating van geneesmiddelen is beoogd. Deze keten-partners hebben hierover onderlinge werkafspraken gemaakt en het onderwerp keert regelmatig terug in de overleggen die de ambtenaren van VWS hebben met de voorzitters en directeuren van de organisaties in de geneesmiddelenketen.

Het laatste punt dat onder regie van VWS door de ketenpartijen is opgepakt, is het adequaat inspelen op vraagstukken met betrekking tot combinatieproducten. Ook dit punt is onderwerp van gesprek tijdens het periodiek overleg met de voorzitters en directeuren van de organisaties in de geneesmiddelenketen en ook ten aanzien van dit onderwerp zijn samenwerkingsafspraken tot stand gekomen tussen de ketenpartners.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers